

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0042432

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2978 Société : ROYAL AIR MAROC
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : DELAHRICHI FAÏSAL
 Date de naissance : 28/07/56 à Fez
 Adresse : PORTE CALIFORNIE ROUTE MEKKA
 AP 3 ETG. RDC - CASABLANCA
 Tél. : 0654.500.951 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14-2-23
 Nom et prénom du malade : DELAHRICHI FAÏSAL Age : 28/7/56
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : HTA - Refus d'insu
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

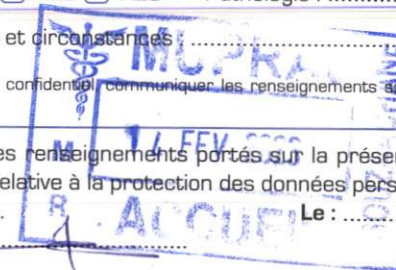
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA


Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /


Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
14			150,00	 Dr. Mohamed El Ghannouchi 14, Bd. de la Grande Ceinture Casablanca Tél.
02				
23				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie des Cygnes Mme LAFFICH SAMIA 25, Im. de l'Oasis 17 - Casablanca	14/02/23	580,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

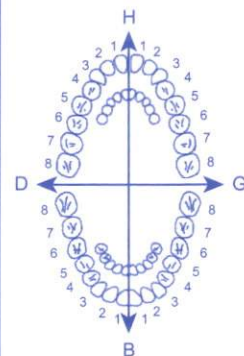
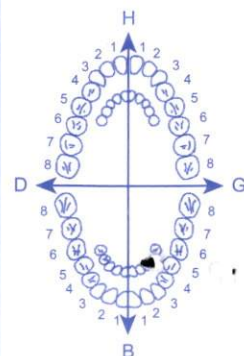
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 B </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div>			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ZITHROMAX® 500 mg

3 comprimés



6 118000 250500

UT.AV: 07 2024

P.P.V.

79 70

LOT N°: G J 8594

09366030/4

0/124155019



4 015630 064144

Made in Germany / صنع في ألمانيا

Roche Diabetes Care GmbH
Sandhofer Strasse 116
68305 Mannheim, Germany
www.accu-check.com

GTIN

PPC:135.00 Dhs

LOT (10)



SYSTEME DE GESTION QUALITE
CERTIFIE ISO 9001:2015
PAR CERTIQUALITY

Produit Fabriqué par ES (SV) ITALY srl
Via delle Industrie 1 Abteisola 1
Importé et distribué par ESNAPHAR s.r.l. Rue Abdelmajid
Benjelloun - Maarif extension - Casablanca.

هيبات
قرص 40
68.60 DH
A consommer de
préférence avant fin:
Lot n°
06/2025
Y452G

P.P.V.: 55 DH 40



6 118000 060857

AV: 22 DH 20

PER: 07/24

LOT: L2596

Codoliprane®

Paracétamol 400 mg
Phosphate de codeine 20 mg

PPV: 22 DH 20

PER: 09/24

LOT: L2907

Codoliprane®
Paracétamol 400 mg
Phosphate de codeine 20 mg
16 COMPRIMES SECABLES



6 118000 040217

PER: 22 DH 20
PER: 10/24
LOT: L3602



6 118001 100842



6 118001 100842

Cardeniel® 1,25 mg
Comprimés pelliculés B/30
PPV: 77,80 DH

7862160237

AMEP® 5mg

28 comprimés



6 118001 100842



DIPROSONE® 0,05 %
pommade



6 118000 051121

مرهم 0,05 %

LOT: 426
PER: MAI 2025
PPV: 24 DH 20

DIPROSONE® 0,05 %
pommade



6 118000 051121

مرهم 0,05 %

LOT: 426
PER: MAI 2025
PPV: 24 DH 20

Docteur A. CHRAIBI

Médecin Assermenté
Expert auprès des Tribunaux

134, Bd. de la Grande Ceinture
Hay Mohammadi - Casablanca

Tél.: { Cabinet : 05 22 60 15 78
Domicile :

الدكتور عبد الله الشرايبي

طبيب محلف خبير لدى المحاكم

134, شارع الحزام الكبير
الحى المحمدي - الدار البيضاء

الهاتف : { العيادة : 05 22 60 15 78
المنزل :

Casablanca, le: 14-2-23 : الدار البيضاء, في

Mr Lahrichi Faïçal

79.70 Pharmacie des Cygnes

Entromax 500 (1)

1/1 + 3/1

Amovass 500 (1)

cardentiel 100 (1)

49.40 - Amap 100 (1)

135.00 - Accu-chec (1)

24.20 x 2 - Diprosone 0.05 (2)

68.60 - hépanat 100 (1)

22.20 x 3 - Codalip 100 (3)

55.40 - Simgam 200 (1)

580.90

Pharmacie des Cygnes
Mme LAHRICHI FAÏCAL
256, Boulevard de l'Oasis
Tél: 05 22 60 15 78 - Casablanca

Docteur CHRAIBI A
134, Bd. de la Grande Ceinture
Hay Mohammadi - CASABLANCA
Tél:

صيدلية ليسين Pharmacie Les Cygnes

Mme Samia LAHRICHI

Diplômée de la Faculté
de Pharmacie de Nantes (France)

256, Bd. de l'Oasis - Tél. : 05.22.98.49.51
CASABLANCA



سامية لحريشي

خريجة كلية الصيدلة بنانت (فرنسا)

256، شارع الوازيس - الهاتف : 05 22 98 49 51
الدار البيضاء

Facture

Casablanca, le 14/02/2023

Client: M. Lahrichi Faigal

QUANTITE	DESIGNATION	P. U.	TOTAL
01	Accu-chek BT 25	135,00	135,00
